

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"DR. CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

SOBREVIDA DE DOS PACIENTES CON CÁNCER DE ESÓFAGO INOPERABLE
TRATADOS CON RECANALIZACIÓN ENDOSCÓPICA

Por:

Dra. María Emilia Fernández Aguilar¹, Dra. Elda Manrique Rionda¹ y Dra. Elisa Marchena Pérez²

1. Especialista de I Grado en Gastroenterología. Hospital Universitario "Dr. Celestino Hernández Robau". Santa Clara, Villa Clara. Instructora. ISCM-VC. e-mail: maguilarvenezuela@yahoo.es
2. Especialista de I Grado en Gastroenterología. Hospital Universitario "Dr. Celestino Hernández Robau". Santa Clara, Villa Clara. e-mail: elisamarchena@yahoo.es

Descriptorios DeCS:

NEOPLASMAS DEL ESOFAGO/mortalidad
ENDOSCOPIA/métodos
SOBREVIVIENTES

Subject headings:

ESOPHAGEAL NEOPLASMS/mortality
ENDOSCOPY/methods
SURVIVORS

Descrito hace más de dos milenios, el cáncer de esófago ocupa lugares importantes entre los neoplasmas malignos más frecuentes en ambos sexos y se ubica entre las diez primeras causas de muerte en varios países. En la mayoría de los casos no se alcanza la curación, pero puede asegurarse que hay pocas formas de muertes tan miserables y humillantes como la generada por la obstrucción esofágica¹.

La endoscopia es clave en el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad maligna. El ultrasonido endoscópico facilita el estadiamiento y es superior a la tomografía axial computadorizada, pues nos orienta la conducta terapéutica a seguir, lo que puede mejorar los resultados y reducir los costos. La mayoría de los pacientes no podrán ser curados y requerirán tratamiento paliativo, entre los que se encuentran: la ablación del tumor mediante láser, la terapia fotodinámica o el argón plasma, además de la colocación de prótesis; asimismo, la ablación del tumor con inyección de alcohol o citostáticos. La elección de la técnica paliativa debe ser determinada por las características del tumor, preferencias del paciente, disponibilidad de esta y experiencia local. En nuestro hospital, desde noviembre de 1998 se practica la inyectoterapia del tumor con alcohol absoluto para lograr restablecer el lumen del esófago y facilitar la alimentación del enfermo. De 42 pacientes que han recibido este tratamiento, en dos se logró una sobrevida superior a los dos años, con mayor calidad, lo que nos motivó a realizar este trabajo.

Presentación de casos

Caso 1

Paciente de 58 años de edad, masculino, de la raza blanca, fumador inveterado, con antecedentes de hipertensión arterial tratada, así como de haber sido operado en 1982 de acalasia; fue remitido a nuestro servicio por diagnóstico histológico de adenocarcinoma bien diferenciado (tipo intestinal) inoperable, que estenosaba el tercio inferior del esófago. Comenzó a recanalizarse en agosto de

1997, con una frecuencia semanal, y en cada sesión se usaron 4 cc de alcohol absoluto; se observó buena evolución de la disfagia, así como de su estado general y del peso corporal, hasta enero de 1998, en que a pesar del tratamiento volvió a estenosarse, por lo que fue remitido al hospital "Hermanos Ameijeiras", donde se le colocó una endoprótesis esofágica; a los dos meses esta migró a la cavidad abdominal y la expulsó espontáneamente; reiniciamos la recanalización y luego, a los seis meses, se colocó nuevamente la prótesis autoexpandible, la cual mantuvo hasta su muerte. Continuó este tratamiento hasta el 27 de septiembre de 1999, con un total de 94 sesiones de inyectoterapia; durante este tiempo se mantuvo en sus labores como jefe de recursos humanos de una institución hospitalaria, hasta su jubilación, pocos meses antes de morir. En noviembre de este mismo año se le practicó la gastrostomía, donde se detectó metástasis hepática y en el peritoneo; falleció el 2 de febrero del 2000, con una sobrevida de 30 meses; mantuvo una buena evolución de su disfagia, del estado general y peso corporal en los primeros 26 meses.

Caso 2

Paciente masculino, de 79 años, residente en Ciego de Ávila, remitido a nuestro servicio el 19 de agosto de 2003 por diagnóstico de cáncer de esófago inoperable, para iniciar tratamiento paliativo recanalizante del tumor, con alcohol absoluto; se comenzó a inyectar 4 cc del mismo desde los 33 cm de la arcada dentaria (lugar de la estenosis) en sentido distal, hasta lograr labrar un túnel para que pudiera ingerir alimentos líquidos, blandos y papillas; estas sesiones se practicaron una vez por semana. Se le realizó laparotomía de urgencia el 3 de diciembre de 2003 por epigastralgia intensa y abdomen en tabla, donde se comprobó una úlcera en la primera porción del duodeno, perforada a cavidad, se procedió a realizar sutura y epiploplastia, así como limpieza de cavidad; fue egresado cinco días después con una evolución favorable. El 16 de diciembre de 2003 reinició sus sesiones de recanalización con una frecuencia semanal, hasta el 4 de enero de 2005 en que ingresó por anemia y toma del estado general, que mejoró después de transfundirlo y darle apoyo parenteral. Mantuvo buen peso corporal y buena vitalidad hasta el 31 de enero de 2006 en que de nuevo se estenosó el túnel ya existente y se le practicó gastrostomía para mejorar su estado nutricional. Continuaron las sesiones de recanalización con alcohol hasta el 28 de mayo de 2006, después de 129 sesiones; con una sobrevida de dos años y meses, mantenía buen peso corporal, y se alimentaba por la vía oral y por la gastrostomía, con calidad de vida para sus 81 años, hasta su fallecimiento.

Comentario

En los últimos diez años se han producido cambios significativos en el tratamiento del cáncer de esófago y estómago⁴. La supervivencia de estos pacientes, sin embargo, sigue con muy mal pronóstico, con una media de seis meses, pues se trata de un cáncer agresivo, y la mayoría de los enfermos acuden a consulta cuando ya se encuentran en etapas finales, en que la cirugía curativa no es factible; es por ello que la paliación endoscópica de la disfagia sigue siendo una de las técnicas más utilizadas en el mundo³⁻⁵. En nuestro medio, para enfrentar esta problemática, realizamos la recanalización endoscópica con alcohol absoluto; este procedimiento permite lograr el alivio de la disfagia, pero solo de forma temporal. La desnutrición, la sepsis respiratoria a repetición, unidas a las complicaciones propias de toda enfermedad oncológica, tarde o temprano ocasionan la muerte del paciente; no obstante, ofrece al menos un alivio temporal a sus dolencias, y siempre que sea posible, se combina con la colocación de prótesis. Desde 1998 practicamos estas técnicas a un grupo de 42 pacientes, en los que se logró una supervivencia del 29 % entre los tres y seis meses, del 21 % entre los 6 y 12 meses, y de 12 % entre 18 y 36 meses. Los dos pacientes presentados lograron una sobrevida de más de dos años, y en ellos se pudo retardar la aparición de complicaciones. Barreras⁶ informa una supervivencia del 75 % a los seis meses, en ocho pacientes tratados con alcohol absoluto combinado con prótesis elaboradas por su equipo, y de un 33 % al año. En el segundo paciente, a pesar de su avanzada edad y de aparecer complicaciones inesperadas, como la úlcera péptica perforada, se logró una buena evolución con dicho tratamiento. Aunque estas terapias realmente son paliativas, permiten al enfermo alimentarse por la vía oral, retardan la realización de gastrostomías y la aparición de la caquexia cancerosa.

Consideramos que en nuestro medio es un recurso más a tener en cuenta para el tratamiento del paciente con cáncer de esófago inoperable.

Referencias bibliográficas

1. Rodríguez RR. Actualización sobre el tratamiento quirúrgico del cáncer esofágico. Hospital Militar Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany". MEDISAN [serie en Internet]. 2000 [citado 10 Abr 2006];4(4):[aprox. 11 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol4_4_00/san09400.htm
2. Jacobson C, Hirota W, Baron TH, Leighton JA, Faigel DO. The role of endoscopy in the assessment and treatment of esophageal cancer. *Gastrointest Endosc.* 2003;57(7):817-22.
3. Schmith H, Kliniken W. El tratamiento endoscópico puede reemplazar a la cirugía en el tratamiento del cáncer de esófago. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2002;14:1049-51.
4. Allum WH, Griffin SM, Watson A, Colin-Jones D. Guidelines for the management of esophageal and gastric cancer. Department of Surgery, Epsom Hospital, Epsom, Surrey KT1 7EG, United Kingdom. *Gut.* 2002 Jun;50 Suppl 5:v1-23.
5. Bixquert Jiménez M, Mearín Manrique F, Pera Roman M. Enfermedades del esófago. En: Ferreras Valentín P, Rozman C. *Medicina interna vol.1.* 14^{ta} ed. Madrid: Harcourt; 2000. p. 112-31.
6. Barreras OJC, Mederos DON, Romero DC, Cantero RA, Menchaca DJL, Castellano J. Estrategia en el cáncer de esófago torácico y cardias irresecable. *Rev Cubana Cir* [serie en Internet]. 2001 [citado 10 Abr 2006];40(2):[aprox.3 p.]. Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932001000200006&lng=es&nrm=&tlng=es

Recibido: 6 de junio de 2006

Aprobado: 27 de junio de 2006